

A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania

Janderson Andrade Rodrigues

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Psicólogo do município de Nova Prata (RS).

Endereço para correspondência: Rua Felipe Camarão, 705/105, Bom Fim – Porto Alegre, RS. CEP: 90035-141. E-mail: jandersonrodrigues@hotmail.com

Volnei Antônio Dassoler

Mestre em Psicologia pela UFSM, Especialista em Teoria Psicanalítica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Especialista em Saúde Mental Coletiva na Atenção a Usuários de Álcool e Drogas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Psicanalista do CAPSad Caminhos do Sol, membro da APPOA.

Endereço para correspondência: Rua Tiradentes, 76/401, Centro – Santa Maria, RS. CEP: 97050-730. E-mail: dassoler@terra.com.br

Evandro de Quadros Cherer

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS, Graduação em Psicologia pela UFSM.

Endereço para correspondência: Rua Felipe Camarão, 705/105, Bom Fim – Porto Alegre, RS. CEP: 90035-141. E-mail: quadroscherer@gmail.com

Resumo

Este artigo presta-se a investigar a aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. Para tanto, desenvolveram-se alguns fundamentos teóricos relativos à toxicomania e aos estados de urgência psíquica para os quais se recomenda a utilização desse dispositivo. A partir disso, constatou-se que a imprescindibilidade do recurso tóxico à economia psíquica do toxicômano expõe um sujeito suscetível à ocorrência de

crises de ordem psíquica caso a droga falte. Por fim, compreende-se que o dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva operado pelo analista no contexto institucional constitui-se como um recurso legítimo de intervenção às crises dessa ordem, auxiliando no tratamento das toxicomanias. Com vistas a ilustrar o que foi apresentado teoricamente, lançou-se mão de um fragmento clínico com propósitos de exemplificação.

Palavras-chave:

Psicanálise; urgência; toxicomania; angústia; sintoma.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho presta-se a discutir a aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva, o qual é norteadado pelo método psicanalítico, quando ofertado à clientela dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e demais instituições cujo propósito é oferecer serviços de cunho terapêutico a usuários de álcool e outras drogas. Isto é, o dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva pode ser empregado no tratamento da toxicomania, assim como é usualmente aplicado a outras clientelas de outros serviços de saúde mental? Com vistas a responder tal questão, procurou-se desenvolver algumas construções teóricas relativas à toxicomania e aos estados de urgência psíquica, bem como, lançou-se mão de um fragmento clínico com propósitos de exemplificação das articulações teóricas.

A escolha pela delimitação do estudo à aplicação do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva ao contexto da toxicomania decorreu, primeiramente, do trabalho clínico exercido pelos autores em um CAPSad, no qual se constatou a ocorrência de eventos de urgência psíquica entre os usuários que frequentavam a instituição. Em segundo lugar, esta proposta responde à falta de estudos acerca do uso desse dispositivo, especificamente, em sujeitos com histórico de dependência do recurso tóxico.

Esse dispositivo consiste, de maneira geral, em uma forma de acolhimento a pessoas em estado de urgência psíquica, manifestação da angústia, sob a forma de crises de ansiedade, sensação de perda de controle iminente do corpo, vontade incontrollável de fazer uso da droga, sensação de desamparo e confusão mental, dentre outras formas. Dispositivo que, orientado pela técnica psicanalítica, busca promover determinadas condições que colaborem para a efetividade dos tratamentos empreendidos em instituições que prestam serviços em saúde mental. Esta intervenção, creditada ao fazer do analista, convoca o sujeito a reposicionar-se em relação àquilo de que padece. Esse efeito refere-se ao giro advindo da escuta disponibilizada pelo analista, e que acaba por ressituar o sujeito diante daquilo que se tornou insuportável e que a angústia denuncia.

Desta maneira, cria-se uma alternativa clínica importante para o trato com a angústia, sendo essa correspondente por excelência dos estados de urgência psíquica, para os quais a administração de medicamentos, associada ou não à internação hospitalar, constitui, normalmente, o procedimento adotado em casos de crise dessa natureza. Foi através da experiência profissional desenvolvida num CAPSad, no qual se adotava basicamente os procedimentos supracitados quando em casos de urgência psíquica, que os autores decidiram postular a implementação deste recurso clínico na instituição, ampliando, assim, o repertório de ações recomendadas a crises dessa ordem.

A isso que urge e que a angústia denuncia, o recurso tóxico torna-se um lenitivo eficaz, por vezes, o único recurso de que dispõe o sujeito frente à pulsão e ao estado de urgência que se entremostra logo a seguir. Foi dessa forma que a toxicomania apresentou-se na prática, a saber, enquanto uma medida preventiva ou lenitiva aos estados de urgência psíquica. Entretanto, por meio do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva, ao sujeito em crise, permite-se um primeiro passo em direção a um campo distinto de significações acerca daquilo que compõe seu sofrimento, possibilitando-lhe, com isso, fazer outra coisa com aquilo que provocou a crise, ao invés do emprego do recurso tóxico a fim de mitigar seus efeitos.

2 O DISPOSITIVO CLÍNICO-INSTITUCIONAL URGÊNCIA SUBJETIVA E SUA APLICAÇÃO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA PSÍQUICA

Diferentemente da emergência, que possui uma conotação médica, a urgência psíquica naquilo que se designa enquanto uma circunstância de crise, compreende uma ruptura aguda na cadeia significativa da qual dispõe o sujeito. Esse tecido simbólico é o que permite a construção da ordem vital correspondente à conjunção da força, do objeto e do mundo das representações a que Freud (1915) se refere enquanto exigência de trabalho feita pelo somático ao psíquico. A urgência psíquica, assim, equivale à expressão da pulsão em sua face devastadora, qual seja: enquanto, fundamentalmente, pulsão de morte. Essa situação, que tende a ser percebida no cotidiano institucional como um excedente pulsional desprovido de sua potencialidade metafórica, coloca-se como um desafio para a clínica psicanalítica.

De acordo com Barreto (2004), ao analista concerne supor, nos casos de urgência, a existência de coisas para dizer, as quais ainda não se encontram articuladas pela palavra. Logo, a experiência de escuta se apresenta como recurso terapêutico por introduzir a dimensão da linguagem, a qual se encontra claudicante ao sujeito. Segundo o autor, ainda,

[...] o analista, destarte, procura complexificar a situação multiplicando as coisas para dizer. Passo indispensável quando se procura estabelecer o contexto no qual se origina a crise. O analista trabalha para implicar o sujeito, em outras palavras, trabalha para que do paciente-objeto advenha o sujeito. (BARRETO, 2004, p. 48).

Diga-se de passagem, ao posicionar a fala no centro de sua prática, através da oferta da escuta que lhe é peculiar, abre-se, ao analista, a possibilidade de expandir o seu campo de ação para além do modelo de atendimento convencional. Isso porque o componente simbólico é condição de subjetivação, estando presente, portanto, nos sujeitos com transtornos mentais graves ou em situação de risco psíquico. Mesmo nesses casos, pela mediação do analista, é possível apostar na

instauração de uma demanda de reconhecimento endereçada ao Outro, circunstância que permite projetar diferentes tipos de intervenção.

Contrariamente ao viés imaginário, cuja característica aponta à fixidez relativa às identificações e relações duais, o registro simbólico é constituído pela arbitrariedade da relação entre significante e significado. Essa particularidade promove a ocorrência de efeitos subjetivos movidos por deslizamentos significantes, criação e substituição dos sentidos, modificações que incidem diretamente na relação do sujeito com a verdade (sentido). Por isso, a investigação em psicanálise situa a linguagem como instrumento de seu trabalho e credencia-se a intervir, também, no campo institucional e, nesse caso, na clínica da toxicomania desenvolvida junto aos CAPSad.

Para Maron (2008, p. 37), a definição de crise que nos permite nomear uma situação de urgência, é aquela na qual está presente “a noção de que os recursos com os quais o sujeito opera na experiência cotidiana foram excedidos por alguma coisa, que, na orientação lacaniana, nomeamos como a dimensão do real”. Nesses casos, diz Maron (2008), ocorrem tanto uma suspensão provisória do tempo, quanto uma desarticulação do sujeito face ao coletivo, denominado por Lacan como “Outro”. A ocorrência da suspensão temporária do lugar do sujeito no Outro, afirma a autora, tem efeitos, inclusive, no imaginário, a partir do qual o sujeito costuma reconhecer-se, identificar tempo, espaço, interior, exterior, corpo. Kehl (2001, p. 26), por sua vez, esclarece:

[...] quando o real rompe a frágil teia de palavras de que dispomos para simbolizar o vivido e transformá-lo em experiência a ser partilhada com o outro, a imagem é o último recurso de que o psiquismo dispõe para tentar realizar o ocorrido e assimilar o choque. Mas a imagem carrega uma espécie de gozo — daí a insistência da repetição — que só as palavras podem barrar.

Para Calazans e Bastos (2008), nestas situações, torna-se necessário estabelecer a diferenciação entre demanda e encaminhamento durante a avaliação das condições subjetivas dos sujeitos endereçados aos serviços de saúde. Os autores qualificam como encaminhamento

o endereçamento feito, normalmente por terceiros, de um usuário em estado de urgência, caracterizando esse estado enquanto produto da ruptura aguda do tecido simbólico que, por definição, possibilitaria o represamento e o ordenamento da pulsão. Um estado caótico que não afeta tão somente o sujeito, mas também a ordem social. Uma espécie de desarticulação da cadeia significativa que impede o sujeito de representar-se e cujo destino vislumbra a passagem ao ato. Diferentemente da demanda que consiste em um endereçamento feito pelo sujeito a um analista, que toma a forma de um sintoma que aponta para um enigma (CALAZANS; BASTOS, 2008).

Para Tizio (2009), a urgência tornar-se-á subjetiva quando, pela intervenção de um analista, aquilo que se apresenta como desmedido tenha a possibilidade de ser transformado em sintoma. Isso porque, segundo o autor, inicialmente a crise é difusa e pouco específica. Com efeito, a transformação em sintoma, disso que é experimentado enquanto desmedido, a que Tizio (2009) se refere ao falar dos estados de urgência, coincide com o modo como o autor entende que o psicanalista deve pensar o termo transtorno, categoria central dos atuais manuais de catalogação psiquiátrica:

[...] a única maneira de poder fazer algo com o gozo desregulado é sintomatizá-lo, o que implica uma certa regulação. Diferentemente do transtorno, o sintoma inclui a suposição de uma causa, a introdução do sujeito e a dimensão do Outro a quem se dirige, ou seja, a transferência. [...] O sintoma, nessa perspectiva, tem uma função de enlaçamento que permite fixar o gozo e começar a falar sobre o padecimento, em alguns casos historicizá-lo e ensaiar novas soluções. Às vezes basta um giro, em outras é necessário mais tempo. Vale assinalar que a organização da clínica na perspectiva do sintoma e seu funcionamento permitiu modificar a temporalidade clássica do discurso analítico e falar de efeitos terapêuticos rápidos. (TIZIO, 2009, p. 122-123).

Assim, o dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva aposta no giro possível que a intervenção do analista pode sustentar, uma vez que esse corresponde a uma nova posição do sujeito em

relação àquilo de que padece e compõe o seu sofrimento. Isto é, a isso que é visto como externo ou independente dele, mas que pela intervenção do analista lhe faz convocação. Desta forma, o dispositivo propõe suscitar, alguma abertura à inscrição significativa que produz um efeito imediato de fazer borda ao real, como de criar condições para que um tratamento analítico, de fato, possa ser instaurado. Ou seja, a oferta de uma escuta permite a circunscrição do real, ou, em outros termos, a produção de uma borda em torno disso que compõe o sofrimento e é vivido na iminência do caos. Para a produção desse contorno, todavia, é necessário, segundo Barreto (2004), que a noção de causalidade, perdida na experiência de crise, seja reintroduzida como estratégia de intervenção diante da presença avassaladora do gozo.

Barreto (2004), usando como parâmetro a perspectiva médica, para quem o que está em jogo é o corpo biológico, em contraste com a psicanalítica, cujo sujeito é o que está em questão, diz o seguinte:

[...] diferente da abordagem médica, a psicanalítica procura reintroduzir a dimensão do tempo e a consideração da causa, visando à transformação da urgência mediante sua inscrição na cadeia significativa. Dizendo de outra maneira, tratar pela palavra o gozo que se apresenta sob a forma do insuportável. (BARRETO, 2004, p. 48).

A isso que se impõe desde fora, como estranho ou estrangeiro, vivido enquanto insuportável como se refere o autor supracitado, ao sujeito em crise permite-se, através da escuta do analista, uma primeira forma de acolhimento. Esta intervenção não visa restaurar um estado anterior de equilíbrio, mas atribuir novas significações à experiência que provocou a ruptura do tecido simbólico. Desse modo, inicia-se, por parte do sujeito, a retomada da palavra enquanto organizadora de sua realidade psíquica através da fala endereçada ao analista e da escuta que o último lhe disponibiliza.

A proposta do analista que alicerça uma intervenção de urgência subjetiva supõe a existência de um sujeito submerso pelo transbordamento pulsional e pela fratura da borda que lhe amparara, imaginária e

simbolicamente. A retomada da palavra pelo sujeito em estado de urgência pauta-se numa prática que põe em cena a ética do analista, a qual outorga a esse último o compromisso de fazer uma convocação ao sujeito a partir do seu padecimento, buscando reencontrá-lo nas evidências do excluído da consciência, postura fundamentalmente freudiana.

Dito de outra forma, o objetivo desta intervenção não é assimilar de forma absoluta o ocorrido, mas, sim, introduzir o sujeito na vivência a ponto de transformá-la. Ao mesmo tempo em que se converte a crise em experiência subjetiva, através do convite e da abertura para uma narrativa, produzem-se tentativas de bordejamento do real. Tal movimento considera terapêutico tanto o caráter imaginário da produção de sentido, quanto o movimento de introdução do sujeito na cena de onde ele havia sido alijado.

Entretanto, o que garante a efetividade do dispositivo quando aplicado no contexto da toxicomania? Quais especificidades relativas à toxicomania justificariam a aplicação desse dispositivo no seu tratamento?

Enquanto expressão por excelência da crise psíquica, a angústia, como atesta a experiência, consiste naquilo que por meio do recurso tóxico se busca lenir. Ou seja, a clínica com os toxicômanos evidencia que os mesmos fazem uso da droga como um calmante, um sedativo. De forma que, sob o prenúncio de crise, anunciado pela angústia, ou, de fato, em estado de urgência psíquica, o tóxico torna-se, por vezes, para o sujeito, seu único ou último recurso ante ao desfalecimento. Isso permite afirmar que a toxicomania compreende uma medida pela qual se busca prevenir ou mitigar os estados de urgência psíquica pela sua intervenção na irrupção da angústia.

3 A TOXICOMANIA COMO UMA MEDIDA PREVENTIVA OU LENTIVA AOS ESTADOS DE URGÊNCIA PSÍQUICA

A clínica da toxicomania nos ilustra como, sem nenhuma razão discernível ao sujeito, a angústia é interpretada como manifestação de uma crise de abstinência, compreensão que, imaginariamente, impõe-se como elucidativa e resolutiva à iminência do caos a que o sujeito se vê submetido. Tal circunstância, recorrente, no cotidiano do trabalho com

usuários de CAPSad, possibilitou aos autores investigarem o contexto da irrupção do que aparentemente representava uma crise de abstinência, mas, que se mostrou tratar da experiência de angústia.

Afinal, sobre que conjuntura emerge a angústia? No que consiste o mecanismo por meio do qual o tóxico age atenuando a angústia?

Podemos encontrar algumas pistas que vinculam a toxicomania à angústia a partir de algumas elaborações de Freud. Inicialmente, no texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*, Freud (1898) entende que a utilização do tóxico produz um tipo de caminho, o qual o autor julga como inadequado, por meio do qual se conseguirá a descarga das excitações. Para Freud (1898), assim como na neurastenia, a dependência em relação a substâncias narcóticas decorre de certa dificuldade no trânsito psíquico das excitações sexuais, para as quais o tóxico oferece uma via eficaz, apesar de Freud (1898) entendê-la como inadequada, de descarga. Esse caminho, segundo o autor, termina por evitar a acumulação da excitação que se transformaria, por conseguinte e automaticamente, em angústia, quer dizer, o emprego do recurso tóxico acaba por evitar a angústia.

Assim, a utilização do tóxico está destinada a substituir a satisfação sexual faltante acarretada pela insuficiência dos processos psíquicos responsáveis pela orientação da ação que promoveria a descarga (FREUD, 1898). A partir disso, Freud (1898) conclui que a toxicomania se instaura quando o tóxico passa a exercer uma função na economia psíquica dos sujeitos, ou seja, a droga não faz o toxicômano, mas, sim, são determinadas condições psíquicas que tornam possível a instauração da toxicomania. Nesse momento específico da obra freudiana, uma espécie de debilidade no domínio psíquico da excitação sexual somática constitui a condição a que Freud se refere enquanto aquela que favorece o desenvolvimento da toxicomania.

Le Poulichet (1990), em *Toxicomania y psicoanálisis: las narcosis del deseo*, serve-se das elaborações de Derrida¹ (1968 *apud* Le Poulichet, 1990) sobre o conceito de *phármakon*, que Derrida, por sua vez, havia retirado do relato do mito de Theuth de Platão. O conceito de *phármakon* refere-se à

¹ DERRIDA, J. La pharmacie de Platon, *Tel quel*, n. 32, 1968.

propriedade do tóxico operar tanto como remédio quanto como veneno, diferenciando o uso recreativo de drogas da sua utilização tendo em vista o desempenho de alguma função psíquica, função essa conferida pela autora às propriedades relativas à operação de *phármakon*. De acordo com Le Poulichet (1990) essas propriedades compreendem uma forma paradoxal segundo a qual a aparente autodestruição associada à prática da droga assimila, também, um modo de automedicar-se ou, até mesmo, de autoconservar-se. A partir disso, a autora considera a existência de duas montagens em que o tóxico pode cumprir uma função psíquica: a de suplemento e a de suplência. Ambas constituem maneiras pelas quais se busca escapar de um sofrimento vivenciado enquanto intolerável, sofrimento relativo a algo que não pode ser assumido enquanto pertencente à realidade psíquica. Em ambas, por meio da operação de *phármakon*, criar-se-á algo em torno de um circuito pseudopulsional através do qual, ao garantir uma autonomia relativa a meios efetivos de satisfação, produzir-se-á uma espécie de fechamento narcísico.

Segundo Le Poulichet (1990), a diferença entre essas duas montagens reside, especificamente, em relação à função que a operação de *phármakon* realizará quando sob determinadas condições psíquicas. Na toxicomania de suplemento, a operação de *phármakon* é empregada meramente enquanto uma prótese frente aos assaltos sofridos pela ameaça de castração. Na toxicomania de suplência, entretanto, busca-se, por intermédio da operação de *phármakon*, uma forma de garantir, minimamente, uma subjetividade frente a uma conjuntura de ruína do Outro.

Em O mal-estar na cultura, ao concluir ser o sofrimento e a insatisfação inerentes à vida civilizada, enquanto a felicidade consiste em algo a ser alcançado de maneira parcial e onerosa, Freud (1930[1929]) mantém a posição de que as substâncias químicas consistem em uma alternativa eficaz no combate à insatisfação e ao sofrimento decorrentes da parcialidade dos meios de satisfação oferecidos pela cultura. Nesse texto Freud (1930[1929]) refere-se às intoxicações enquanto um método “tosco” (FREUD, 1930[1929], p. 77) pelo qual, através de uma influência direta sobre o organismo, obtém-se satisfação (descarga). O termo “tosco”, segundo Buarque de Holanda (1988, p. 641), significa “tal como veio da natureza”, “não lapidado nem polido”. Assim

sendo, tal intervenção no organismo, pela ação do tóxico, consiste em uma operação que desincumbe o sujeito de fazer a pulsão passar pelo registro do simbólico para, assim, lapidá-la e, conseqüentemente, oferecer-lhe um destino socialmente possível de satisfação. O uso compulsivo de droga, apesar de oferecer meios efetivos de descarga, coloca em risco a relação destes usuários com o Outro, visto que esta forma de uso corresponde a uma maneira de aplacar uma inquietude por meio de uma espécie de reclusão em um mundo impenetrável, no qual seus usuários encontrar-se-ão fatalmente a sós.

Neste sentido, a clínica com estes sujeitos evidencia que a utilização do tóxico está intimamente associada a um método por meio do qual se busca um fechamento em face de algo ameaçador. Esse fechamento, Le Poulichet (1990) caracterizou como narcísico, pois, segundo a autora, essa ameaça está intimamente associada aos ideais fundamentais à constituição do eu.

Nesta direção, Santiago (2001), ao refletir sobre o laço existente entre o discurso da ciência e o advento contemporâneo do ato toxicomaniaco, entende que, ao tentar prescindir do Outro e destinar à pulsão uma descarga circunscrita, exclusivamente, na esfera corporal, vivencia-se, por intermédio do tóxico, uma exultação autossuficiente que reporta os seus usuários às margens da civilização. Para o autor, a toxicomania constitui uma manifestação emblemática do modelo autista de satisfação difundido no contemporâneo, no qual se busca poder ser suficiente em si mesmo. Santiago (2001) também se serve do conceito de *phármakon* para explicar o caráter paradoxal inerente à prática da droga, qual seja, enquanto remédio e veneno. A utilização desse conceito, por parte do autor antes referido, remete, ainda, a uma tentativa sempre presente de fuga do sentido.

Nogueira Filho (1999), por sua vez, além de ressaltar que o toxicômano é um desistente do jogo da linguagem e, por isso, também o é da simbolização, destaca as mudanças que ocorreram no campo da cultura com relação às formas de uso da droga ao longo dos anos. Para ele, o interesse pelo recurso tóxico foi deslocado da busca pelo transcendental, o que, muitas vezes, vinha circunscrita a um ritual, para um uso banalizado regulado pelo indivíduo. Dessa forma, como sugere

Nogueira Filho (1999), o toxicômano encontra-se aquém de qualquer significação simbólica, pois, sua ação sobre o organismo enquanto tal produz um curto-circuito na ação do Outro.

Para Le Polichet (1990), a utilização do recurso tóxico permite, frente ao fracasso das ligações significantes que possibilitariam a organização da realidade psíquica dos sujeitos, reflexo de uma espécie de inoperosidade da função simbólica, dar fim às excitações. Uma nova borda é construída e que, segundo a autora, vem ligar a energia pulsional.

É possível supormos que a particularidade do sintoma toxicomaniaco, o ato de drogar-se compulsivamente, compreender uma espécie de falta de significação, tenha feito Freud não se dedicar com mais interesse a essa questão. Nesse sentido, Nogueira Filho (1999) pondera que o sintoma toxicomaniaco não consiste em um sintoma freudiano porque não corresponde ao produto do retorno simbólico do recalçado; o que não significa, entretanto, que o ato de drogar-se compulsivamente não esteja articulado ao recalçamento. Isso porque a falta de significação pressupõe uma manifestação que está à margem da linguagem e que, por isso, obedece a outros dispositivos que são distintos do recalque.

Apesar da diversidade de interpretações e termos aplicados à toxicomania, existe um ponto de convergência entre os teóricos anteriormente citados que diz respeito à tentativa de subtração de uma situação entendida enquanto insuportável no tocante à utilização do recurso tóxico. Mais ainda: o prenúncio de tal situação ocorre pela irrupção de angústia.

O que anuncia a angústia? Apesar de Freud (1926), em Inibição, sintoma e angústia, chegar a sustentar que a angústia é sem objeto, no apêndice desse mesmo texto afirma que a angústia ocorre diante de algo. Para Lacan (1962-63), esse algo constitui aquilo que o autor denominou de “objeto a”, isto é, aquilo que é irreduzível e concernente ao vazio que nos fez sermos captados pela imagem e que, por conseguinte à rachadura do plano imaginário, tomar as palavras na esperança de nomearmos o vazio por aquilo que falta, que não está presente. A partir disso, para Lacan (1962-63), a angústia surge quando a “falta” falta. Sendo a falta apenas apreensível por intermédio do simbólico, por não existir falta no real, a angústia compreende, portanto, um sinal do real.

Se, de fato, a falta liga-se ali onde o sujeito se constitui no lugar do Outro, ou seja, no desejo do Outro, quando não há a possibilidade de inscrição da falta que sobrevém a angústia. Não de forma diversa das suas demais formulações em psicanálise, a angústia para Lacan (1962-63) possui uma relação essencial com o Outro, mais especificamente, com o desejo do Outro. Para Lacan (1962-63), a função angustiante do desejo do Outro se liga ao eu não saber que “objeto a” sou para esse desejo.

Em outros termos, ainda segundo Lacan (1956-57), a angústia irrompe quando o sujeito é confrontado com a ausência de objeto no lugar onde ele, em algum momento, entendeu-se convocado a ocupar. A angústia decorre, portanto, do “confronto do sujeito com a ausência de objeto onde ele é apanhado” (LACAN, 1956-57, p. 353). Desta forma, a angústia denuncia a ausência de objeto, isto é, o real.

A incursão no simbólico se dá, justamente, pela falta de objeto na medida em que se tenta dar uma existência simbólica ao que, de fato, não possui existência real, senão de maneira alucinada. Esse vazio inerente à condição humana, de que Freud chama por *Hilflosigkeit*, traduzido como algo em torno de um desamparo primordial, expõe a dependência da espécie humana às articulações de sentido com vistas à tarefa de oferecer destinos às excitações. Isso porque, deixado a si próprio, o *infans* tenderia à morte, ao esvaziamento total das excitações visto à inexistência de instrumentos naturais para lidar com a pulsão (FREUD, 1920).

A prática da droga, portanto, possibilita ao sujeito fazer algo com a pulsão sem precisar haver-se com o real da ausência de objeto. Isso, na medida em que os sintomas, enquanto, segundo Lacan (1956-57), elementos significantes sob os quais corre um significado em constante movimento, não mais compõem uma alternativa eficiente em recobrir essa ausência.

Em consonância ao que foi dito, Santiago (2001, p. 109) postula que a prática da droga consiste em “[...] uma técnica de substituição oriunda da insuficiência da satisfação substitutiva do sintoma [...]”, entendido aqui na sua acepção clássica de retorno simbólico do recalçado. Segundo o autor, a toxicomania se fabrica enquanto uma substituta artificial às formas usuais do sintoma neurótico devido ao seu fracasso no intento de circunscrever a pulsão por intermédio do retorno simbólico do recalçado. Isso através de uma intervenção

direta sobre o corpo. De acordo com Santiago (2001), o recurso à droga instala-se como uma espécie de construção substitutiva e auxiliar do sintoma que, por vezes, subsume-o totalmente.

Em outros termos, o ato toxicomaniaco constitui uma forma através da qual se tenta lidar com a ausência de objeto, com o vazio que nos concerne e de que a angústia é sinal, por uma via diversa daquela estabelecida pelo compromisso sintomático, tornando-se, não raramente, a maneira majoritária através da qual o sujeito faz frente ao desamparo primordial e à exigência pulsional de que é efeito. Frente ao fracasso, portanto, do sintoma em recobrir o real da ausência de objeto, bem como, em oferecer uma via de satisfação por meio do retorno simbólico do recalçado, a prática da droga surge como uma alternativa por meio da qual a pulsão se satisfaz circunscrita ao real do corpo. Evitando, assim, a irrupção da angústia e o conseqüente estado de urgência psíquica a que se encontrará o sujeito caso não disponha do recurso tóxico.

Frente a esse panorama, o dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva, operado a partir do campo psicanalítico, propõe, a isso que “não cessa de não se escrever”, definição de Lacan (1973, p. 556) para o real, alguma forma de inscrição. Pois, na falta de palavras para contornar o real, a angústia irrompe enquanto sinal do real, levando o sujeito à crise psíquica; o que faz com que o recurso tóxico torne-se imprescindível ao sujeito frente à confrontação com o vazio que lhe concerne.

4 FRAGMENTO CLÍNICO

Logo nas primeiras horas da manhã, chega ao CAPSad, acompanhado por um familiar, um usuário dessa instituição. Apesar de frequentá-la há algum tempo, não demonstra muita implicação em relação ao tratamento proposto pela instituição, é pouco assíduo, chegando, por diversas vezes, atrasado às atividades que compõem seu plano terapêutico. Possui um histórico de dependência em cocaína, além de ter feito uso abusivo de *crack* e álcool.

Ao vê-lo entrar na instituição, a recepcionista constata certa inquietação por parte desse sujeito. O familiar que o acompanha, sua mãe, pede para falar com o médico do local sobre o estado atual do seu

filho. A recepcionista solicita que a mãe espere na recepção e encaminha o sujeito ao analista presente no local.

Em um lugar reservado, esse sujeito diz estar muito inquieto, mostra suas mãos, as quais estão trêmulas, e diz que esses sintomas são efeitos de uma crise de abstinência. Estava em casa quando começaram os primeiros sinais dessa “inquietação”, ainda na noite do dia anterior. Nesse estado, desde então, sua mãe o trouxe ao serviço pela manhã, mesmo não sendo o dia da semana no qual está prescrito que vá a instituição, pois sua frequência está definida como três dias da semana.

O sujeito solicita ao analista uma alternativa que o impeça de drogar-se, com vistas a aplacar aquilo que supõe ser uma crise de abstinência. Cogita a hipótese de que a médica lhe dê algum medicamento ou o interne em algum hospital.

O analista pergunta em que circunstância começou essa inquietação que o perturba, a qual ele diz ser efeito de uma crise de abstinência, mesmo após alguns meses sem fazer uso do recurso tóxico. O analista pergunta o que estava fazendo quando se viu dessa maneira. O sujeito diz não lembrar quando começou ou o que estava fazendo no momento.

Após alguns segundos em silêncio, diz que estava sentado no sofá quando começou a se sentir angustiado. Depois de mais alguns segundos em silêncio, relatou que, antes de sentar-se no sofá estava fazendo contas a fim de avaliar a possibilidade de contrair um empréstimo. Esse empréstimo, que desejava contrair, seria proposto em nome de seu pai, pois o último é aposentado e os juros seriam mais baixos, com o objetivo de pagar algumas contas que havia feito quando ainda fazia uso de drogas.

Disse, então, que o relacionamento com o seu pai nunca esteve melhor e que eles haviam feito as pazes, mesmo depois de terem se agredido verbal e fisicamente por diversas vezes. Segundo o sujeito, o pai mostrou-se confiante quanto à sua recuperação tendo, inclusive, já emprestado certa quantia em dinheiro, como prova de sua confiança, empréstimo esse que ele ainda estava pagando ao pai.

O analista pergunta, então, por qual razão o pedido de empréstimo poderia produzir a angústia que o assola desde então. Num primeiro momento, diz não ter ideia. Ao ser perguntado sobre o que significaria

seu pai vir a negar o empréstimo, diz que, apesar de acreditar que o pai contrairia o empréstimo da quantia que ele viesse a pedir, a negativa indicaria que a palavra de confiança empenhada tempos atrás não teria sido verdadeira. Logo após, pergunta-se se o surgimento da angústia ocorreu ao pensar na possibilidade de negação do empréstimo.

O analista questiona, então, se a negativa do empréstimo não poderia ser por qualquer outro motivo que não um sinal de que o pai não confiava nele ou na sua recuperação. Após mais um período em silêncio, já menos angustiado, pergunta-se se, talvez, angustiou-se por não esperar outra coisa do pai que não o abandono quando mais precisa dele. Constatou, logo após, que, apesar do relacionamento com o seu pai nunca ter estado melhor, ainda persistiam conflitos que interferiam de maneira decisiva em sua vida e que diziam respeito à sua história. A partir disso, o sujeito solicitou a reformulação do seu plano terapêutico para que pudesse frequentar a instituição com maior assiduidade, assim como a retomada do seu tratamento individual pelo profissional que o atendeu quando em urgência.

Ao conceder a palavra ao sujeito, promoveu-se um campo distinto de significações acerca daquilo que, inicialmente, se entendia enquanto uma crise de abstinência. Isso se deu a partir da contextualização das circunstâncias sobre as quais a crise ocorreu e a consequente produção de enigmas sobre aquilo que urge e desencadeia tais estados. Com isso, então, conseguiu-se suscitar demanda para a continuidade do tratamento, assim como a assunção, por parte desse sujeito, de um posicionamento diferenciado em relação àquilo de que padecia e compunha seu sofrimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do presente estudo, demonstrou-se que a utilização do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva constitui um mecanismo legítimo de intervenção quando aplicado ao tratamento da toxicomania oferecido no contexto institucional. Para tanto, foram desenvolvidos alguns fundamentos teóricos relativos à toxicomania e aos estados de urgência psíquica, e, com a finalidade de exemplificar

o que foi articulado teoricamente, recortou-se um fragmento clínico de um atendimento prestado a um sujeito que, dependente do recurso tóxico, encontrava-se em estado de urgência psíquica.

Procurou-se evidenciar que aquele para quem o recurso tóxico tornou-se imprescindível, pelo fracasso do sintoma em recobrir o real da ausência de objeto, encontra-se suscetível à ocorrência de crises de ordem psíquica caso a droga venha a faltar. Isso porque a cadeia significativa responsável pelo ordenamento de sua realidade psíquica, bem como de seus investimentos, encontra-se rompida em alguma medida.

Nos eventos dessa natureza, o dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva oferta, para além de uma alternativa de acolhimento, uma primeira oportunidade de inscrição subjetiva àquilo que provocou a crise e, até então, impôs-se desde fora, como estrangeiro. Ao propor o deslocamento da ênfase na substância para a palavra como mediadora do corpo com o psíquico, a psicanálise evoca a possibilidade de elaboração do sintoma que, com seu caráter metafórico, oferece uma maneira menos mortífera de solução psíquica, através do dispositivo analítico, resultando na introdução de intervalos de tempo no uso que resultam na produção significativa. Como efeito, há um reposicionamento do sujeito em relação a isso que provocou a crise. Por consequência, visualiza-se uma maior implicação dos sujeitos em seus tratamentos, desejável dentro da concepção psicanalítica, ao mesmo tempo em que se reduz o número de internações hospitalares e prescrições medicamentosas, que estão de acordo com o redirecionamento das práticas em saúde mental do campo psicossocial, no qual os CAPSad estão inseridos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, F.P. Urgência subjetiva na saúde mental (uma introdução). *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 40, p. 47-51, 2004.

BUARQUE DE HOLANDA, A. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008.

FREUD, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991. Vol. III.

_____. (1915). *Pulsões e destinos da pulsão*. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. Vol. I.

_____. (1920). *Más allá del principio de placer*. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. Vol. XVIII.

_____. (1926). *Inhibición, sintoma y angustia*. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. Vol. XX.

_____. (1930[1929]). *El malestar en la cultura*. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992. Vol. XXI.

KEHL, M.R. Somos todos refugiados afegãos. *Correio da Appoa*, n. 96, p. 10-13, 2001.

LACAN, J. (1956-57). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. (1962-63). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1973). *Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LE POULICHET, S. *Toxicomanias y psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.

MARON, G. Psicanálise e crise: urgência, sintoma e solução. In: HOLCK, A.L.L.; VIEIRA, M.A.V. (Orgs.). *Psicanálise na favela: Projeto Digai-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digai-Maré, 2008. p. 36-43.

NOGUEIRA FILHO, D. *Toxicomania*. São Paulo: Escuta, 1999.

SANTIAGO, J. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

TIZIO, H. Considerações sobre o sintoma. In: BESSET, V.; CARNEIRO, H. (Orgs.). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. Cap. 2, p. 117-134.

The applicability of the subjective urgency clinical and institutional device in the treatment of toxicomania

Abstract

This article investigates the applicability of the subjective urgency clinical and institutional device in the treatment of toxicomania. Some theoretical foundations related to the use of the drug and mental states of emergency are developed for which it is recommended the use of this device. We sought to demonstrate that the crucial feature of the toxic drug addict exposes the psychic economy would be vulnerable to the occurrence of crises when facing the absence of the drug. Finally, it was understood that the subjective clinical urgency and institutional device, used by the analyst, is a legitimate resource of intervention as concerns such crisis, helping in the treatment of toxicomania. A clinical vignette was used to illustrate what was theoretically presented.

Keywords:

Psychoanalysis; urgency; toxicomania; anguish; symptom.

Artigo recebido em: 07/05/2011

Aprovado para publicação em: 19/11/2012